（様式２）

参加申込事業者の概要

令和　年　月　日

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

【参加申込事業者の概要】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設立年月日 |  | 資本金 |  |
| 主な事業 |  |
|  |
|  |
| 職員数 | 保健福祉に関する免許資格職 | 事務職 | その他の職員（　　　　　） | 合計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 |

【本業務の担当を予定している部署】

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 名称 |  | 代表者氏名 |  |
| 連絡担当者 |  | 所属部署 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 電子メールアドレス |  |
| 職員数 | 保健福祉に関する免許資格職 | 事務職 | その他の職員（　　　　　） | 合計 |
| 人 | 人 | 人 | 人 |

（添付書類）法人の概要が分かる資料（定款、寄付行為、パンフレット等）